

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

LA SOCIETA' SPORTIVA **MUTINA BEACH S.S.D.aR.L.** con Sede Sociale in Via G. Cassiani n. 163 a Modena
C.A.P. 41122, Telefono 3240430574 e-mail mutinabeach@gmail.com Codice Fiscale o Partita IVA della
Società Sportiva 03756130369 Codice Affiliazione Federale 08.037.0390

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA **NON AGONISTICA**
DELLO SPORT _____

Per l'ATLETA:

Cognome	_____	Nome	_____
Nato a	_____	Il	_____
Residente in	_____	C.A.P.	_____
Via	_____	N°	_____
Telefono/e-mail	_____		

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto _____ (esercente la potestà genitoriale sul minore
_____) dà il consenso alla effettuazione dei relativi
accertamenti di idoneità.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

**IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE MIE
ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI E DI NON ESSERE MAI
STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDICO - SPORTIVE DI LEGGE. INOLTRE
MI IMPEGNO A NON FARE USO DI DROGHE RICONOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO
INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL.**

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

Data e luogo _____